ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ SỎI TRONG GAN KÈM HẸP ĐƯỜNG MẬT VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

ĐỖ HẢI ĐĂNG[1], TRẦN ĐÌNH THƠ[2], NGUYỄN THỊ LAN[2], ĐỖ TUẤN ANH[2], NGUYỄN HẢI NAM[2]

[1]Trường Đại học Y Hà Nội

[2]Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi tán sỏi bằng máy tán sỏi điện thủy lực điều trị sỏi mật có hẹp đường mật và các yếu tố tiên lượng sạch sỏi.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả hồi cứu, chọn mẫu thuận tiện trên 124 bệnh nhân sỏi mật kèm hẹp đường mật được mổ tán sỏi tại khoa Phẫu thuật gan mật, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 1/2018 đến tháng 12/2019. Kết quả: Vị trí hẹp hay gặp nhất là ống gan trái, chiếm 61,3%; đa số bệnh nhân hẹp ở 1 vị trí và ở mức độ nặng. Tỉ lệ sạch sỏi là 51,6%, tỉ lệ cắt gan do sỏi mật là 23,4%. Mức độ hẹp đường mật và phương pháp mổ là hai yếu tố tiên lượng nguy cơ sót sỏi của bệnh nhân sỏi mật có hẹp đường mật (p<0,05). Kết luận: Hẹp đường mật là một tình trạng bệnh lý phức tạp kèm theo bệnh lý sỏi mật. Vì vậy, cần phối hợp nhiều phương pháp điều trị, giải thích về nguy cơ sót sỏi cao và ảnh hưởng của yếu tố này trong quá trình điều trị.

Từ khóa: *Sỏi mật, hẹp đường mật, nội soi tán sỏi, điện thủy lực, yếu tố tiên lượng.*

SUMMARY

EVALUATE SURGERY OUTCOME FOR INTRA-HEPATIC STONE WITH BILIARY STRICTURE AND ASSOCIATED FACTORS IN VIET DUC HOSPITAL

Objective: Evaluate the efficacy of using intracorporeal electrohydraulic lithotripsy in the treatment of gallstones combined with biliary stricture and identify prognostic factors for stone clearance.

Subject and method: The research was conducted retrospectively with convenient sampling, recruited 124 eligible patients who underwent intracorporeal lithotripsy in Department of Biliary surgery, Viet Duc Hospital from January 2018 to December 2019.

Results: The most common stricture site was the left hepatic duct, accounting for 61.3%, mostly occurred in one site and the severity was high. The stone clearance rate was 51.6%, 23.4% of patients underwent hepatic resection. The degree of stricture and surgical method were two independent predictors of residual stones in patients with gallstones and biliary stricture (p <0.05).

Conclusion: Biliary stricture is a complex condition in gallstones diseases. Therefore, multiple techniques should be used, and doctors should explain the risk of residual stone and the effects of biliary stricture on treatment results.

Keywords: *Cytolithiasis, biliary stricture, lithotripsy, electrohydraulic, predictive factor.*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi mật là một bệnh lý phổ biến ở Việt Nam, trong đó sỏi trong gan chiếm hơn 50% trường hợp[1]. Nguyên nhân thường gặp là nhiễm khuẩn đường mật và kí sinh trùng [2]. Hẹp đường mật là yếu tố phối hợp, được định nghĩa là tình trạng giảm khẩu kính đường mật một cách tương đối so với đường mật kế cận. Sỏi trong gan kèm hẹp đường mật là một tình trạng phức tạp, tăng nguy cơ tạo sỏi, nhiễm trùng đường mật, kéo dài thời gian mổ. Có nhiều phương pháp điều trị sỏi mật như nội khoa, tán sỏi ngoài cơ thể, nội soi mật tụy ngược dòng (SE, ERCP)… [2,3]. Tuy nhiên phẫu thuật lấy sỏi đường mật vẫn là phương pháp phổ biến nhất [4]. Phương pháp nội soi bằng ống soi mềm kết hợp tán sỏi điện thủy lực

Chịu trách nhiệm: Đỗ Hải Đăng
Email: dangdo.fsh@gmail.com
Ngày nhận: 07/7/2020
Ngày phản biện: 18/8/2020
Ngày duyệt bài: 09/9/2020

cho phép tiếp cận hiệu quả bệnh lý sỏi mật. Mặc dù vậy, vẫn còn ít nghiên cứu đánh giá hiệu quả của phương pháp này trong điều trị bệnh nhân sỏi trong gan kèm hẹp đường mật. Nghiên cứu được thực hiện nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật tán sỏi ở bệnh nhân sỏi trong gan có hẹp đường mật và các yếu tố liên quan.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng

124 bệnh nhân (BN) sỏi trong gan kèm hẹp đường mật đã được phẫu thuật bằng phương pháp nội soi tán sỏi (NSTS) tại khoa Phẫu thuật Gan mật, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 1/2018-12/2019.

Hẹp đường mật được xác định dựa vào hình ảnh nội soi đường mật theo phân loại của tác giả Lee (Hàn Quốc) dựa trên ống soi cơ sở đường kính 5 mm[5].

Hẹp nhẹ: ống soi không đưa qua được chỗ hẹp nhưng sau khi nong đường mật thì có thể đưa qua được.

Hẹp vừa: sau khi nong chỗ hẹp, ống soi vẫn không đưa qua được.

Hẹp nặng: khẩu kính chỗ hẹp nhỏ hơn so với khẩu kính của ống soi.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Hẹp đường mật do ung thư, chấn thương, xơ đường mật nguyên phát.

BN không có đầy đủ thông tin trong bệnh án nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu (NC) được tiến hành dưới dạng mô tả hồi cứu, chọn mẫu thuận tiện với BN đủ tiêu chuẩn trong thời gian NC.

Biến số nghiên cứu: Hành chính (mã bệnh án, tên, tuổi, giới, tiền sử bệnh lý, số lần mổ sỏi mật, lý do vào viện, thời gian nằm viện), đặc điểm lâm sàng (đau, sốt, vàng da, nôn…), cận lâm sàng (công thức máu, đông máu, sinh hóa: chức năng gan thận, bilirubin, vi khuẩn…), chẩn đoán hình ảnh (độ chính xác, giãn/hẹp đường mật, kích thước sỏi …), phẫu thuật (phương pháp, tổn thương gan, đường mật, dịch mật, sạch sỏi, biến chứng: chảy máu/vỡ đường mật, nhiễm khuẩn…), hẹp đường mật (vị trí, số lượng, mức độ).

3. Phân tích dữ liệu: Số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Từ 1/2018-12/2019, 124 BN có sỏi trong gan có kèm hẹp đường mật đã phẫu thuật tại Khoa Phẫu thuật Gan mật, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức; kết quả như sau:

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Phân loại	N	%
Tuổi	<40	28	22,6
	40-60	63	50,8
	≥60	33	26,6
Giới	Nam	44	35,5
	Nữ	80	64,5
Tiền sử	Tăng huyết áp (THA)	8	6,5
	Đái tháo đường (ĐTĐ)	9	7,3
	Sỏi mật	89	71,8
	Khác	21	16,9
Tiền sử số lần mổ sỏi mật	0	58	46,8
	1-2	55	44,4
	>2	11	8,9
Dấu hiệu lâm sàng	Đau	120	96,8
	Sốt	87	70,2
	Vàng da	45	36,3
	Khác (nôn, chán ăn…)	7	5,6

Tỉ lệ nam:nữ là 0,55:1; đa số BN ở độ tuổi 40-60 tuổi (hơn 50%), tương đương tác giả Đỗ Kim Sơn[6]. Nguyên nhân là do estrogen làm tăng cholesterol dịch mật, ứ mật[3]. Dưới 20% BN có bệnh lý nội khoa như THA, ĐTĐ, xơ gan. 72% BN có tiền sử sỏi mật, trong đó 46,8% chưa điều trị. BN vào viện chủ yếu vì đau bụng (96,8%), sốt (70,2%).

Bảng 2. Đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân sỏi mật kèm hẹp đường mật

Đặc điểm	Phân loại	N	%
BMI	<18.5	27	21,8
	18.5-25	84	67,7
	>25	13	10,5
Bạch cầu	<4	2	1,6
	4-10	79	63,7
	>10	43	34,7
Tiểu cầu	<150	16	12,9
	≥150	108	87,1
Prothrombin	<70	8	6,5
	>70	116	93,5
Bilirubin TP	<20	76	61,3
	≥20	48	38,7
Men gan	<37	44	35,5
	≥37-100	80	64,5
Vi khuẩn	Klebsiella	29	23,4
	E.Coli, Enterobacter/Enterococcus	112	90,3
	Khác	32	27,8
	Không	15	12,1

67,7% BN có giá trị BMI ở mức bình thường, hơn 20% BN có BMI thấp <18.5. Tỉ lệ BN có bạch cầu tăng >10 G/l là trên 30%, đa số BN có giá trị đông máu bình thường, tương đương tác giả Đỗ Kim Sơn [6]. Gần 40% bilirubin toàn phần tăng, 30,6% có giá trị men gan >100 UI/l. Kết quả cấy dịch mật là E.coli, Enterobacter/ Entercoccus chiếm hơn 90%, hơn 10% có kết quả cấy âm tính.

Bảng 3. Đặc điểm sỏi đường mật trong gan trên chẩn đoán hình ảnh

Đặc điểm	Siêu âm (n=124)		Cắt lớp vi tính (n=20)		MRI (n=48)	
	n	%	n	%	n	%
Phát hiện sỏi	119	95,9	20	100	58	100
OMC > 12mm	46 (n=104)	44,2	11 (n=16)	68,8	29 (n=56)	51,8
Sỏi lớn > 20mm	85	68,5	10	50	33	56,7
Hẹp đường mật	2	1,6	1	5	4	6,9
Giãn đường mật	117	94,4	17	85	51	87,9

Tỉ lệ phát hiện sỏi trên siêu âm là 95,9%, thấp hơn trên CT và MRI là 100%. Khoảng 50% BN có ống mật chủ (OMC) giãn > 12 mm và sỏi lớn > 20 mm. Tỉ lệ phát hiện giãn đường mật trong và ngoài gan là khoảng 90%, cao nhất là siêu âm (94,4%). Khả năng phát hiện hẹp đường mật trước mổ thấp (chiếm < 7% các trường hợp).

Bảng 4. Đặc điểm liên quan đến phẫu thuật sỏi mật có hẹp đường mật

Đặc điểm	Phân loại	N	%
Gan xơ		81	65,3
Dịch mật	Trong	69	55,6
	Đục/Mủ	55	44,4
Sỏi	Gan phải/gan trái	24	19,4
	2 gan	19	15,3
	Gan phải/gan trái, OMC	32	25,8
	2 gan, OMC	49	39,5
Niêm mạc đường mật	Bình thường	46	37,1
	Sung huyết/Đỏ	78	62,9
Áp xe gan đường mật	Có	24	19,4
	Không	100	80,6
Vị trí hẹp đường mật	Ống gan phải	41	33,1
	Ống gan trái	76	61,3
	Ngã ba đường mật	2	1,6
	Hạ phân thùy	11	8,9
Số vị trí hẹp	1	98	79
	≥2	26	21
Mức độ hẹp đường mật	Hẹp nhẹ	22	17,2
	Hẹp vừa	41	32
	Hẹp nặng	61	47,7
Phương pháp lấy sỏi	Cắt gan	29	23,4
	Mở nhu mô lấy sỏi	5	4
Phương pháp phối hợp (SE, lấy sỏi qua da)		1	0,8
Phương pháp phục hồi lưu thông đường mật	Đóng kín OMC	1	0,8
	Dẫn lưu Kehr/Voelker	123	99,2
	Nối mật ruột	5	4,1
Thời gian mổ (phút)	<180	13	10,5
	>180	111	89,5
Tỉ lệ sạch sỏi		64	51,6
Biến chứng	Không	102	82,3
	Chảy máu/vỡ đường mật	7	5,6
	Abcess tồn dư	8	6,5
	Khác	12	5,6

Tỉ lệ xơ gan là 65,3%. Sỏi OMC kèm sỏi trong gan 2 bên hay gặp nhất, chiếm gần 40%. Dịch mật có mủ đục chiếm gần 50%, khoảng 20% BN có áp xe gan đường mật. Gần 50% BN hẹp đường mật ở mức độ nặng, đa phần hẹp ở 1 vị trí, tương đương tác giả Takada7. Đa số hẹp đường mật gan trái, tương đương tác giả Nakayama[8]. Theo Han, nguyên nhân là do phản ứng viêm của đường mật trước kích thích của sỏi và nhiễm trùng[9]. Nguyễn Tiến Quyết cũng chỉ ra hẹp đường mật là hậu quả của sỏi trong gan gây cản trở lưu thông mật, dễ hình thành sỏi mới, nhiễm trùng[10]. 23,4% cắt thùy gan trái và khoảng 4% mở nhu mô gan lấy sỏi. Tỉ lệ sạch sỏi là 51,6%. Theo tác giả Fan, tỉ lệ sạch sỏi của phương pháp này với trường hợp sỏi mật thông thường là 54,3%[11]. Hơn 80% BN không có biến chứng, khoảng 5% chảy máu đường mật và 6,5% abcess tồn dư. Tỉ lệ sạch sỏi trong NC của chúng tôi là 51,6%, gần tương đương tác giả Trần Đình Thơ[12].

Bảng 5. Yếu tố tiên lượng sót sỏi

Đặc điểm	Phân loại	Hệ số beta	P value
Vị trí hẹp	Ngoài gan	0,441	0,52
	Trong gan		
	Trong, ngoài gan		
Số vị trí hẹp	1	0,689	0,198
	2		
	>2		

Mức độ hẹp	Nhẹ	1,4	<0,0001
	Vừa		
	Nặng		
Phương pháp mổ	NSTS đơn thuần	-2,028	<0,001
	NSTS phối hợp		
Số lần mổ sỏi mật	0	0,153	0,664
	1-2		
	>2		
Bilirubin	<50	-0,263	0,641
	≥50		
Men gan	<100	0,062	0,641
	≥100		

Khi phân tích tương quan đơn biến, vị trí, số vị trí, mức độ hẹp và phương pháp mổ đều ảnh hưởng đến tỉ lệ sạch sỏi (p < 0,05). Tuy nhiên, trong mô hình hồi quy đa biến, chỉ có phương pháp mổ và mức độ hẹp nhiều đường mật có ảnh hưởng đến mức độ sót sỏi với hệ số beta là 1,4 và -2,028 (p < 0,001) (bảng 5). Theo đó, BN hẹp đường mật càng nhẹ và được mổ kết hợp nhiều phương pháp (như cắt gan, mở nhu mô…) thì tỉ lệ sót sỏi càng thấp. Tuy nhiên, chỉ định cho những phương pháp này khá hạn chế. Vì vậy, về mặt lâm sàng, mức độ hẹp là yếu tố có ảnh hưởng nhất đến tiên lượng sót sỏi.

KẾT LUẬN

71,6% trường hợp có tiền sử sỏi mật, sỏi ống mật chủ và 2 ống gan chiếm đa số (39,5%). Vị trí hẹp hay gặp nhất là ống gan trái (61,3%), đa phần hẹp ở 1 vị trí và ở mức độ nặng. Tỉ lệ sạch sỏi là 51,6%, tỉ lệ cắt gan là 23,4%, hơn 80% không có biến chứng sau mổ. Mức độ hẹp đường mật và phương pháp mổ là hai yếu tố ảnh hưởng có ý nghĩa thống kê đến tiên lượng sạch sỏi (p < 0,05). Vì vậy, với các trường hợp hẹp đường mật, cần áp dụng nhiều phương pháp điều trị, xác định nguy cơ sót sỏi và giải thích cho bệnh nhân về ảnh hưởng của yếu tố này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Thơ TĐ, Sơn ĐK, Quyết NT, Tùng ĐT, Anh ĐT**. Vai trò của nội soi đường mật trong mổ và tán sỏi điện thủy lực trong chẩn đoán và hỗ trợ điều trị phẫu thuật sỏi trong gan. *Y học thực hành.* 2004;491:196-200.

2. **S.I Schwarts, G.T Shires, F.C Spencer** et al. Gallbladder and extrahepatic biliary system. *Principles of surgery, Mc Graw- Hill* 1999:1447-1457.

3. **J.Dooley S.** Gallstone and inflammatory gallbladder diseases. In: *Diseases of the liver and biliary system.* London: Oxford Black well; 1993:562-591.

4. **Anh PV.** *Đánh giá kết quả phẫu thuật có tán sỏi điện thủy lực điều trị sỏi đường mật trong gan có chít hẹp đường mật* [Luận văn thạc sĩ], Trường Đại học Y Hà Nội; 2014.

5. **Lee SK, Seo DW, Myung SJ,** cộng sự. Percutaneous transhepatic cholangioscopic treatment for hepatolithiasis: an evaluation of long-term results and risk factors for recurrence. *Gastrointestinal endoscopy.* 2001:P318-323

6. **Sơn ĐK, Long TB, Hùng V.** Nghiên cứu đặc điểm bệnh lý và đánh giá kết quả phẫu thuật trong sỏi mật mổ lại. *Ngoại khoa.* 2003;1:27-34.

7. **Takada T, Uchiyama K, Yasuda H, Hasegawa H.** Indication for the choledoscopic removal of intrahepatic stones base on the biliary anatomy. *The American Journal of Surgery.* 1995;171:558-561.

8. **Nakayama F, Koga A, Ichimiya H,** et al. Hepatolithiasis in East Asia: Comparison between Japan and China. *Journal of Gastroenterology and Hepatology.* 1991;6(2):155-158.

9. **Han MC, Han JK, Choi BI, Park JH.** Recurrent Pyogenic Cholangitis: Pathology, Imaging, and Management by Interventional Radiology. In: Rossi P, Bezzi M, eds. *Biliary Tract Radiology.* Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 1997:279-297.

10. **Quyết NT, Nam NH, Hùng ĐM,** et al. Kết quả sớm của phẫu thuật nối mật-ruột kiểu roux-en-y với đầu ruột đặt dưới da để điều trị sỏi đường mật chính kết hợp với sỏi đường mật trong gan. *Ngoại khoa.* 1999;5:8-15.

11. **Fan Sheung Tat, Tat Kuen Choi, Chung Mou Lo.** Treatment of hepatolithiasis: improvement of result by a systematic approach. In: *Surgery.*1991:474 - 480.

12. **Thơ TĐ.** Tổn thương hẹp đường mật trong bệnh lý sỏi trong gan qua siêu âm và nội soi đường mật trong mổ. *Y học Việt Nam.* 2007;333(4):16-21.